

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 janvier 1904, à 1 heure.

PAR

Henri FURTIN

Indications du curettage

en obstétrique et en gynécologie

Président : M. POZZI, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

G. BALLET, MAYGRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
		CHANTEMESSE.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique médicale.....	}	DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GAUCHER.
		RAYMOND
		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	}	DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BESANÇON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.
DUPRE	LEGREY	des travaux anat.)
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Au moment de terminer nos études médicales,
nous nous faisons un devoir d'adresser ici nos remer-
ciements aux maîtres éminents dont nous avons eu
l'honneur d'être l'élève :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RÉMY

MONSIEUR LE DOCTEUR MONNOT

Chirurgien des hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RECLUS

Chirurgien des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR HUCHARD

Médecin de l'hôpital Necker.

MONSIEUR CHAMPETIER DE RIBES

Accoucheur des hôpitaux.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Nous adressons l'expression de notre gratitude
pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant
de présider notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Indications du curettage en obstétrique et en gynécologie

INTRODUCTION

Nous avons été frappé, dans le courant de nos études médicales, par l'efficacité d'un curettage bien pratiqué ; d'autre part, nous avons entendu la parole autorisée de M. le Professeur Pozzi qui s'exprime ainsi : « Qui dira les méfaits du curettage, cette petite opération réputée inoffensive, tandis qu'en réalité, elle a été appliquée inconsidérément et a causé plus de désordres qu'elle n'a amené de guérisons ? »...

Nous avons pensé, à notre humble avis, qu'il ne serait pas inutile de résumer les opinions émises dans ces dernières années, pour tâcher de nous faire une opinion personnelle : ce sera le sujet de notre thèse. Nous étudierons successivement, dans un premier chapitre, les indications du curettage en obstétrique.

Dans un deuxième chapitre les indications du curetage en gynécologie.

A la fin de chacun de ces deux chapitres, ou du moins de chaque portion de chapitre, nous dirons quelques mots du manuel opératoire, des résultats, et nous signalerons les complications possibles. Enfin nous terminerons en exposant les observations que nous avons pu recueillir. Toutefois, il nous semble intéressant de commencer par un bref aperçu historique.

CHAPITRE I

Historique.

Comme le disent MM. Pinard et Wallich, dans leur livre le *Traitement de l'infection puerpérale* auquel nous ferons des emprunts, c'est Récamier qui est l'inventeur de la curette et du curettage obstétrical et gynécologique. Son article « sur les productions fibreuses et fongueuses intra-utérines » (*Union médicale*, 1850), est la consécration de cette méthode qu'il avait mise en pratique depuis quatre ans. Celle-ci suscita des enthousiasmes nombreux. Robert Marjolin l'appliquait dans les métrorrhagies rebelles. On voit donc que Récamier avait des adeptes. Mais il avait aussi des détracteurs. Velpeau, en 1849, s'élève contre ce « récurage » qui ne sera point accepté comme une opération inoffensive. Aussi, une vive discussion s'engagea à l'Académie de médecine en 1850 entre les adversaires et les partisans du curettage; ce furent les premiers qui l'emportèrent.

Paul Dubois, leur porte-parole concluait ainsi : « Si des résultats heureux ont été obtenus par le procédé opératoire de notre collègue Récamier, il ne faut pas oublier que nous devons à sa noble sincérité la connaissance d'échecs graves qui l'auraient suivi ».

L'Académie s'était placée seulement sur le terrain gynécologique. Malgré tout curettages gynécologique, aussi bien qu'obstétrical furent condamnés. Le silence se fait sur cette question en France du moins, mentionnons cependant les tentatives faites par Richet, Demarquay, Maisonneuve pour réhabiliter la méthode que condamnent Michon et Cloquet.

Pendant ce temps en Allemagne Simon, Fehling, Heggarr, Olshausen reprenaient la méthode de Récamier pour le traitement des accidents puerpéraux.

Mais, c'est à M. Doléris, en 1885, que revient le grand mérite d'attirer de nouveau l'attention en France, sur cette question (*Archives d'obstétrique et de gynécologie*, mai et juin 1886, février et mars 1897).

Il montre les heureux résultats obtenus dans les cas de rétention placentaire. Il est juste de dire cependant, que Sinety, Gallard s'étaient montrés partisans du curettage et Alphonse Guérin, Pajot et Guéniot les adversaires irréductibles. En 1888, M. Doléris revient encore sur la question et montre l'efficacité du traitement dans les cas d'infection puerpérale. La thèse du Dr Chartier, son élève (Paris 1889), est le résumé des idées de Doléris sur la question.

Ce ne fut pas d'emblée, que triompha la méthode de Récamier reprise par Doléris : il se produisit de vives discussions à la Société obstétricale et gynécologique de Paris. Malgré tout, la méthode prend une expansion de plus en plus grande, grâce à l'appui que lui apporte M. le Professeur Pozzi qui applique, à la même époque, le curettage, dans les cas de septicémie qu'il eut à traiter sans son service, ainsi qu'en témoigne l'article de Charrier (*Archives de médecine*, août 1891. *Du curettage précoce dans l'infection puerpérale, envisagé comme moyen thérapeutique et prophylactique*). M. le Docteur Champetier de Ribes, dont nous avons eu l'honneur de suivre les bonnes leçons, a été aussi un des premiers à mettre en pratique cette opération dans son service : il inspire les thèses de Denis (1894), de Bruneau (*Des indications du curettage de l'utérus dans l'infection puerpérale*). Enfin c'est la thèse de Marmas (1895, Paris) : *Du curettage dans les accidents des suites de couche*.

La même année paraît, dans la *Semaine médicale*, l'article de MM. Pinard et Wallich sur le traitement de l'infection puerpérale : ces mêmes auteurs donnent en 1869 leur livre : *Le traitement de l'infection puerpérale*, ouvrage complet, qui met au point la question du curettage dans l'infection puerpérale.

Depuis, la science obstétricale n'a fait aucune acquisition importante sur le curettage.

MM. Bouilly, Richelot, Terrier, Routier, se rallient au curettage. Polaillon préfère la cautérisation : la

communication de M. Fieux à la Société de gynécologie, d'obstétrique, de pédiatrie de Bordeaux (1897, montre que dans certains cas, il sera nécessaire de recourir à des curettages successifs.

En 1898, dans la *Presse médicale*, paraît un excellent article de M. Goulard de Lille sur le curage et le curettage, avortement incomplet. Signalons aussi les travaux de M. le Professeur Budin qui a préconisé surtout le curage digital, méthode si souvent associée au curettage.

Enfin, dans ces dernières années, de nombreuses thèses ont été soutenues à la Faculté de médecine de Paris, toujours sur cette question. Signalons la thèse de Bonnetblanc : *Indications du curettage* (1896-1897) ; la thèse de Willard (*Des accidents du curettage*) ; la thèse de Gheorghin (*Infection puerpérale*, 1899-1900), inspirée par le professeur Budin. La thèse de Barodin sur les infections puerpérales (1900-1901).

En 1901-1902 nous retrouvons la thèse de Riou (*Infection puerpérale, divers traitements, curage suivi d'écouvillonnage.*)

Thèse de Miquel (*Perforations graves au cours du curettage.*

Enfin la récente thèse de Louer (janvier 1902), sur le traitement de la rétention placentaire post-abortive non compliquée.

Mais si l'obstétrique avec Doléris reprenait le curettage, la gynécologie ne restait pas inactive : les gynécologues appliquaient le curettage à une série d'affections tout à fait distinctes de l'état puerpuéral et nous

ne pensons mieux faire que de citer le nom de Bagy : *Du curettage utérin dans les lésions des annexes*. Bouilly fait une communication à la Société de chirurgie sur le traitement de l'endométrite par le curettage. Successivement paraissent la thèse de Bourceau (1888), la thèse de Camescas (1892). Desprès avait écrit un article dans la *Gazette des hôpitaux* (1890) : *Curettage avec curage de l'utérus*. A Montpellier c'est Grynfeld qui dans ses articles défend le curettage.

Jayle, Pichevin font des communications sur le curettage et l'infection. Audebers, dans le *Journal médical de Bordeaux* (1897), fait paraître un article sur les annexites et le curettage.

CHAPITRE II

Indications du curettage en obstétrique.

Cliniquement, on doit envisager deux cas : dans un premier groupe de faits, on est en présence d'un avortement : c'est-à-dire, la femme qu'il faut curetter ou non, était enceinte de moins de six mois, dans un deuxième groupe de faits on est en présence d'un accouchement prématuré ou d'un accouchement normal.

Plaçons-nous dans la première hypothèse : la femme était enceinte de moins de six mois ou du moins, tout portait à croire que la femme était enceinte. On l'a interrogée, elle raconte que ses règles étaient supprimées, qu'elle avait eu des troubles digestifs : vomissements, constipation, qu'elle avait eu des troubles nerveux tels que tendances syncopales. On l'a examinée, on a trouvé le masque de la grossesse, les seins augmentés de volume avec des tubercules de Montgomery, le ventre, augmenté

de volume, présente la ligne brune et les vergetures, les grandes lèvres sont violacées, les membres inférieurs atteints de varices ; par le palper bimanuel, on a trouvé quelque temps auparavant un gros utérus, au niveau duquel on a pu entendre un bruit de souffle, on a trouvé le col ramolli : ce sont là les signes de présomption en faveur de la grossesse et même si la femme est enceinte de plus de quatre mois et demi, il y a eu des signes de certitude : la femme a senti remuer, on a perçu des mouvements actifs et passifs, on a entendu les bruits du cœur.

Résumons : le diagnostic de grossesse étant certain, on ne pouvait se tromper, mais voilà que les symptômes d'un avortement apparaissent.

Ce sont des douleurs qui ouvrent la scène, douleurs légères d'abord, puis de plus en plus intenses. Ces douleurs siègent dans l'hypogastre, elles s'irradient dans les lombes, elles se manifestent sous forme de pesanteur ; il peut même y avoir de véritables contractions utérines, plus ou moins fortes. Il est à remarquer que, plus la grossesse est avancée, plus la douleur affecte le caractère de contractions utérines, par conséquent, plus elle se rapproche des douleurs expulsives de l'accouchement. La femme n'est-elle enceinte que d'un mois ? Les douleurs sont analogues à celles qui accompagnent la menstruation. La grossesse date-t-elle de deux mois ? Les douleurs se manifestent déjà sous forme de contractions utérines. Enfin la femme est-elle enceinte de quatre, cinq ou six mois, l'utérus a sa musculature hypertro-

phée par conséquent la douleur est tout à fait celle de l'accouchement.

Le symptôme douleur s'accompagne d'hémorrhagies : la femme perd une sérosité sanguinolente, du sang avec caillots, sans caillots, finalement, elle fait un avortement, elle expulse son embryon et l'expulsion de l'œuf se fait sous des formes diverses, suivant que la grossesse est plus ou moins avancée. Pendant le premier mois, l'œuf est généralement expulsé en entier et intact. Au second mois de la grossesse, comme le cas précédent, l'œuf est encore expulsé en entier mais les membranes peuvent être rompues : l'œuf n'est plus intact. Aussi en présence d'une grossesse qui date de un, deux ou trois mois et qui se termine par l'avortement, l'embarras du praticien augmente ; il y a lieu de se demander si l'avortement est fait ou va se faire. Comme le remarquent, très judicieusement, MM. Ribemont-Dessaigne et Lepage, l'œuf est parfois si petit qu'il peut passer inaperçu, au milieu des caillots : d'où la nécessité de bien examiner tous les caillots expulsés.

La femme est enceinte de quatre et cinq mois, l'avortement se fait alors en deux temps : embryon d'abord, placenta ensuite. Ainsi, ce petit tableau clinique nous montre deux faits acquis : la femme était enceinte, un avortement complet ou incomplet a eu lieu. Nous en arrivons à notre sujet : Quelle conduite devons-nous tenir ? Dans quels cas faut-il curetter ? Dans quels cas ne le faut-il pas ?

Il nous semble qu'on peut se placer à deux points de vue : il y a ou il n'y a pas de température.

Premier cas. — Il n'y a pas de température, par conséquent, pas d'infection. Nous pensons que la grande indication du curettage est la suivante : il reste dans l'utérus des débris ovulaires. Comment faire ce diagnostic ? A notre avis il doit s'appuyer sur les symptômes suivants :

1^o Examen des débris expulsés par la femme : on recueille les caillots, l'embryon, plus ou moins volumineux suivant l'âge de la grossesse, la portion du placenta rendue, la portion des membranes expulsées. En procédant par élimination on peut arriver à soupçonner qu'il reste encore quelque chose dans l'utérus. C'est ainsi qu'on réunit les cotylédons placentaires les uns aux autres, on regarde si, par leur réunion, ils constituent un placenta complet dont la grosseur répond sensiblement à celle que doit avoir théoriquement un fœtus de l'âge de l'avortement qui nous occupe.

Souvent, ces cotylédons sont déchiquetés, déchirés, ils paraissent incomplets à première vue, mais en les prenant sur les deux mains, par leur face fœtale et en cherchant à rapprocher les deux mains, on constate qu'ils forment bien un placenta complet alors, qu'à première vue, le placenta paraissait incomplet.

Bien entendu, on ne mettra cette manœuvre en pratique que pour les accouchements de quatre à

cinq mois car, avant cette époque, le placenta est minuscule.

On doit aussi examiner les membranes ; elles sont souvent déchiquetées, plus ou moins adhérentes au placenta ; il n'y a pas toujours l'orifice central produit par la partie du fœtus qui s'est présentée la première. On aura donc soin de les étirer et d'examiner si elles sont plus ou moins complètes ; mais, comme nous le disions plus haut, en procédant par élimination on pourra soupçonner qu'il reste quelque chose dans l'utérus. Mais, soulignons ce mot soupçonner, car une portion du placenta a très bien pu avoir été expulsée par la femme et être jetée avec les langes de la malade. En tout cas, voilà toujours un symptôme qu'il ne faudra pas négliger et qui donne déjà une présomption faisant penser que l'avortement n'a pas été complet. Quelquefois même, le fœtus seul aura été expulsé et on ne trouvera pas trace de placenta. Le placenta est resté complètement adhérent dans l'utérus.

2^o *Hémorrhagie*. — Voici un second symptôme beaucoup plus important qui mérite de nous arrêter plus longuement. De ce qui précède, il résulte que la femme a fait un avortement complet ou incomplet, mais elle continue à perdre du sang. Analysons ce symptôme. Tout d'abord n'oublions pas de dire que la femme a perdu du sang pendant l'avortement et qu'elle continue à en perdre après l'avortement ; mais l'hémorrhagie devient une complication et il est difficile d'établir une limite entre l'écoulement sanguin

normal qui accompagne la fausse-couche et l'hémorrhagie devenant une complication. Dans ce cas la perte sanguine continue le deuxième jour après l'avortement surtout si la femme se lève.

La femme reste couchée, l'hémorrhagie cesse. On trouve le vagin rempli de caillots. On le débarrasse des caillots, le sang sort de nouveau. L'hémorrhagie se reproduit dès que la femme met le pied à terre et des accidents généraux peuvent survenir : décoloration des téguments, pouls petit, bourdonnements d'oreille et parfois même syncope. Ou encore, dans d'autres cas, ce sont des femmes qui ont fait un avortement depuis quatre ou cinq jours, l'œuf expulsé paraissait complet : elles se sont levées lorsque, tout d'un coup, elles ont une hémorrhagie abondante, avec de nouvelles contractions utérines. Que signifie ce symptôme hémorrhagie ? Nous n'hésitons pas à dire : il signifie qu'il reste quelque chose dans l'utérus et « ce quelque chose » est une portion d'œuf non expulsée. Et on trouvera au chapitre des observations, un cas inédit communiqué à nous, par notre ami M. Autefage, interne à Saint-Antoine, qui reçut étant de garde, une femme qui racontait avoir fait un avortement de trois mois, datant de cinq à six jours, lors de son admission. Cette femme perdait du sang et n'avait pas de température. Malgré que le thermomètre ne marquât que 37°,2, M. Autefage n'hésita pas à intervenir d'urgence : il fit le curettage immédiatement et retira la plus grande partie du placenta enchâssé au niveau d'une corne

utérine. Le résultat fut excellent : aucune élévation de température après l'intervention. Ce second symptôme hémorragie nous met beaucoup plus que le premier sur la voie du curettage ; mais nous en arrivons au troisième symptôme fourni par l'examen de la malade :

3° Palper bimanuel, préconisé par M. le professeur Πορζι.

Le palper bimanuel révèle un signe physique : l'utérus est gros. Rappelons que deux doigts de la main droite sont introduit dans le vagin, la main gauche est appliquée sur l'hypogastre et abaisse le fond de l'utérus : les parois abdominales de la femme sont flasques, puisqu'elle vient de faire un avortement, surtout si c'est une multipare, aussi l'accoucheur tient-il entre ses deux mains le bloc formé par le col et le corps utérin.

Que constate-t-il ?

Il peut constater, tout d'abord, que le vagin est rempli de caillots qu'il extrait. Puis le col est ramolli, très souvent entr'ouvert surtout dans les cas où l'avortement vient de se produire : cependant le col est parfois fermé, même dans le cas précédent ; la femme a expulsé l'embryon, les contractures utérines ont cessé, le col s'est refermé sur le placenta. En tout cas lorsque le col est ouvert, il n'est pas effacé : on sait, en effet, que le col ne s'efface pas au cours d'un avortement car, hypertrophié pendant la grossesse, il est même plus long qu'à l'état normal. Ainsi, le palper bimanuel pourra donner deux sortes

d'indications : dans un premier groupe de faits, le placenta est entièrement dans le corps utérin dont le col est refermé ; dans un second ordre de faits le placenta est en partie décollé, en partie adhérent, il fait saillie par le col.

a). Le col est refermé : comment savoir si le placenta ou une partie du placenta est dans le corps de l'utérus ? c'est l'expérience qui nous l'apprendra.

L'accoucheur doit se demander si le corps de l'utérus est petit ou gros.

En effet, si la femme a fait son avortement, depuis deux ou trois jours et qu'il ait été complet, le corps utérin doit être rétracté, il ne doit plus être globuleux, son fond ne doit déborder que légèrement le bord supérieur de la symphyse pubienne. D'autre part, la main ne doit rien sentir dans le segment inférieur, au-dessus du col. Au contraire, si le placenta tout entier ou seulement une portion est retenue dans le corps de l'utérus, celui-ci n'est pas rétracté, il est globuleux, son fond déborde la symphyse, la main introduite dans le vagin sent quelque chose dans le segment inférieur, au-dessus du col : en d'autres termes, l'accoucheur a très nettement la sensation d'un reliquat dans le corps utérin, ce ne peut être qu'une portion de l'œuf non expulsé.

b). Le col est en partie entr'ouvert : l'accoucheur peut très bien introduire un doigt de la main « vaginale » à travers le col ; l'examen est d'autant plus facile que la main « abdominale » abaisse le corps. Le doigt sent très bien le placenta qui peut même,

dans certains cas, faire saillie à travers le col et être en partie dans le vagin. Dans ce second cas l'accoucheur a encore pour se guider les mêmes renseignements que nous venons d'énoncer dans le cas de col refermé.

Ainsi, ces trois symptômes : Examen des débris, hémorrhagie, état de l'utérus, révélé par le palper bimanuel, servent à résoudre cette question : l'avortement n'est pas complet et ces trois symptômes, vont progressivement éclairer l'esprit du praticien :

L'examen des débris n'était qu'un signe de présomption. L'hémorrhagie était un signe de plus haute valeur. Enfin le palper bimanuel nous dénotant un gros utérus est un signe de certitude absolue.

L'utérus n'est pas vide, il contient des fragments placentaires et cependant la femme n'a pas de température : il n'y a pas infection. Que faut-il faire dans ce cas ? Nous espérons avoir posé nettement les indications et nous n'hésitons pas à répondre : il faut curetter immédiatement. Tous les accoucheurs ne sont pas de cet avis. Nous pouvons diviser les opinions en deux groupes, à l'exemple de MM. Ribemont-Dessaigne et Lepage dans leur article *Traitement de l'avortement* : d'une part expectation armée, d'autre part intervention chirurgicale.

1^o Expectation armée. Tant qu'il n'y a pas une température dépassant 38°, pas d'accélération du pouls, pas d'hémorrhagie grave, on maintient la femme au lit, on fait l'asepsie des organes génitaux

et aussitôt que le placenta commence à se décoller on donne des injections vaginales chaudes qui diminuent l'abondance de l'hémorrhagie et hâtent le décollement du placenta.

Longtemps, l'Ecole française adopta cette méthode basée sur une foule d'observations d'avortements avec rétention placentaire : malgré la rétention il n'y avait pas d'accidents et finalement le placenta était éliminé spontanément.

La thèse de M. Gerbaud (1886) rapporte toutes ces observations que nous ne croyons pas utile de reproduire : nous avons cependant compulsé la durée de la rétention placentaire jusqu'à son évacuation : nous l'avons trouvé très variable de quelques jours à plusieurs mois. C'est ainsi que Prost relate une rétention placentaire qui a duré huit mois. Guido a relaté une rétention qui a duré dix mois.

MM. Tarnier et Budin, dans la première édition de leur traité d'accouchements, optent pour l'expectation armée : leur seul traitement est le décubitus et l'antisepsie et nous ne saurions mieux faire que de relater leurs conclusions : « En terminant, disent ces auteurs, nous répéterons encore que dans l'avortement, malgré tous les conseils d'intervention qui ont été donnés, il faut savoir attendre patiemment : dans les cas simples, on se borne à faire de l'antisepsie, dans les cas graves, les injections antiseptiques réussissent contre l'infection. Si les antisepties vaginale et utérine sont bien faites, elles suffisent, sans qu'on ait besoin d'avoir recours aux interventions manuelles et instru-

mentales qui ne sont pas inoffensives et sont loin d'être infaillibles ».

N'oublions pas que ceci était écrit en 1886. Depuis, la manière de voir du professeur Budin s'est modifiée.

Aussi, actuellement, la plupart des accoucheurs sont d'avis d'intervenir dans les cas de rétention placentaire consécutive à l'avortement et nous arrivons à la seconde méthode.

2^e *Interventions*. — Si la majorité des accoucheurs interviennent, tous ne sont pas d'avis de pratiquer le curettage et nous allons passer en revue les différentes méthodes ; en allant des simples aux composées.

a. Médicaments dystociques. — Le seigle ergoté a eu beaucoup de vogue autrefois. Paul Dubois le donnait pour amener la délivrance dans la rétention placentaire. De nos jours, on ne prescrit plus ce médicament !

On a reconnu qu'il amenait un résultat contraire à celui que l'on cherchait, aussi peut-on ériger en méthode la recommandation de Pajot : « Ne jamais donner d'ergot de seigle tant qu'il reste quelque chose dans l'utérus ».

Grosjean (Thèse Paris, 1900) remarque qu'il n'y a pas de statistique montrant le danger de ce médicament dans les rétentions, à la suite de l'avortement ; mais il cite des chiffres empruntés à la thèse d'agrégation de M. Auvard montrant les dangers de l'ergot de seigle :

Accouchements au cours desquels on a administré l'ergot :

Mortalité maternelle 42 0/0.

— foétale 77 0/0.

L'ergot de seigle, suivant l'expression imagée de Gerbaud, « ne peut qu'enfermer le loup, dans la bergerie ».

On a employé d'autres médicaments : l'essence de térébentine, le borax, le chanvre indien. Le sulfate de quinine, dans ces derniers temps a été préconisé par MM. Schwalb (Société obstétricale de France, 1897) et Cordes de Genève. M. Schwalb l'a employé sept fois, à la dose de 1 gramme en deux prises, à un quart d'heure d'intervalle. Il a obtenu de bons résultats : le placenta était expulsé dans les quatre heures qui suivaient l'administration de ce médicament. Dans ces derniers temps, les observations ne sont pas nombreuses à ce sujet, et il faut attendre avant de se prononcer. En tous cas le médicament est inoffensif, il ne tétanise pas l'utérus comme l'ergot de seigle.

b). — *Expression utérine*. — La méthode de Crédé a été également employée dans le cas de rétention placentaire, surtout en Allemagne. Martin l'a décrite de la façon suivante : « Tant que l'utérus n'est pas accessible par la paroi abdominale, il faut se contenter de placer une main sur l'hypogastre, tandis que l'autre est introduite dans le vagin et comprime l'utérus : généralement la main est placée dans le cul-de-sac postérieur ; c'est grâce à une sorte de rétroversion

que l'expulsion peut se faire. Mais Martin reconnaît lui-même que l'on ne réussira pas souvent dans les premiers mois.

Schroëder et Høening recommandent également l'expression; cependant, ils se rangent à l'opinion de Martin, disant que cette méthode n'est guère efficace que vers le cinquième ou le sixième mois.

c) *Electrisation*. — Bradford et Manchester avaient déjà, en 1845, préconisé l'emploi de courants galvaniques comme traitement de la rétention placentaire, puis cette méthode tombe dans l'oubli; elle a été reprise en 1898 par Fry (*Americ journal of. Obst.* juin 1898). Substitution de l'électricité à la curette dans le traitement de la rétention placentaire après l'avortement.

d). — *Injection*. — Certains auteurs ont eu recours aux injections, pour amener des contractions utérines: les uns ont donné des injections vaginales froides avec de l'acide acétique, de l'alun, des solutions de teintures d'iode ou de créosote, mais d'autres emploient les injections d'eau très chaude: Gerbaud dit que l'eau chaude à 48° qui a pour action d'assouplir le col et de le mettre en état de céder aux efforts redoublés de la matrice est excellente. Les injections intra-utérines avec les sondes de Tarnier, Budin, Doléris ont été employées quelquefois avec succès, mais dans bien des cas cette méthode n'a donné aucun résultat.

e). — *Tamponnement vaginal*. — Leroux a employé cette méthode et pour lui, le tamponnement a une

influence sur la contraction utérine, et il doit par conséquent amener l'expulsion des débris placentaires retenus dans l'utérus (*Placenta Prævia*, 1871). D'après Müller sur 128 cas observés, la contraction utérine fut observée 78 fois : c'est dans les 12 heures qui suivent l'application du tampon que les contractions apparaissent. Valentin et Fretsch ont conseillé avant de tamponner, de placer un cathéter dans la cavité utérine.

f). — *Tamponnement intra-utérin*. — Leroux, qui préconisait le procédé que nous venons d'indiquer a également pratiqué le tamponnement intra-utérin (*Observations sur les pertes de sang des femmes en couches et sur les moyens de les guérir*, 1776), Baudelocque (1831) *Traité des hémorrhagies internes de l'utérus* ne mentionne pas le tamponnement. Higman, en 1849, introduit dans l'utérus une vessie gonflée d'eau. Binet conseille d'introduire des bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer. Enfin, en 1887, Dührsen met cette méthode en honneur. Auvard applique le procédé systématiquement et publie des résultats dans la *Gazette hebdomadaire*, Doleris le mentionne, mais tous ces auteurs avaient employé le tamponnement intra-utérin contre l'hémorrhagie. M. Bonnaire l'a employé contre la rétention placentaire et la thèse de Grosjean préconise cette méthode ; nous ne saurions mieux faire que de rapporter ses conclusions :

« Sans doute, le curage digital et le curettage sont et resteront d'excellents procédés dans la rétention pla-

centaire consécutive à l'avortement ; mais à côté d'eux, il est juste de faire place à un procédé plus facilement praticable par le praticien : le tamponnement intra-utérin. Ce dernier, en effet, n'est pas seulement un moyen palliatif destiné à combattre l'hémorrhagie, c'est aussi un procédé curatif, puisqu'il provoque l'expulsion de l'arrière-faix contenu dans l'utérus ».

MM. Bonnaire et Grosjean ont recueilli 13 observations : douze fois sur treize le tamponnement a provoqué l'expulsion du placenta ; six fois il y a eu hémorrhagie ; deux fois seulement l'expulsion a eu lieu, vingt-quatre heures après le tamponnement ; dans tous les autres cas, l'expulsion a eu lieu dans un laps de temps variant de 16 à 17 heures après le tamponnement.

Tels sont les procédés que l'on oppose au curettage, comme traitement des rétentions placentaires. Dans certains cas, ils ont donné des succès, mais ils ne peuvent entièrement suppléer le curage digital et le curettage.

g). — *Curettage et curage.* — Nous sommes donc arrivé aux deux méthodes de traitement les plus rationnelles et les plus efficaces. Les auteurs, dans ces dernières années, les ont opposées l'une à l'autre. Nous pensons que ces deux méthodes, loin de s'exclure se complètent mutuellement. Etudions-les successivement.

Curettage. — Nous serons bref sur le manuel opératoire qui, d'ailleurs n'entre pas dans notre sujet. Tout d'abord, disons que nombreux sont les instru-

ments inventés. depuis la curette de Récamier en passant par la curette articulée de Pajot. jusqu'à la cuiller tranchante de Simon.

Pour notre part, la curette qui nous semble préférable, la plus facile à manier est la curette ovale tranchante de Doléris. Avec cet instrument manié, même d'une façon maladroite, il est pour ainsi dire impossible de perforer l'utérus. Pour procéder au curettage il faut d'abord une asepsie rigoureuse de l'opérateur, l'asepsie du vagin. On peut recourir au chloroforme, mais beaucoup d'accoucheurs ne l'emploient pas : nous avons vu, dans le service de Bar, beaucoup de curettages pratiqués par cet accoucheur ou ses internes sans anesthésie. Nous pensons donc qu'on peut s'en passer, à la rigueur.

On commence par abaisser l'utérus à l'aide d'une pince de Museux introduite dans le vagin et glissant entre le médius et la main gauche introduits comme conducteurs : ces deux doigts vont sentir la lèvre antérieure qui est saisie par la pince manœuvrée de la main droite, on tire sur l'utérus qui vient facilement, on relève la pince et on la confie à un aide : on peut à ce moment récliner le périnée à l'aide d'un large spéculum de Sims que l'on introduira très peu pour ne point gêner les tractions de l'utérus : toutefois, l'accoucheur qui sait bien manier la curette, n'a pas besoin de spéculum ou de valve pour franchir l'orifice du col ; mais si celui-ci n'est pas suffisamment dilaté, on fait la dilatation extemporanée au moyen des bougies d'Héggar : on pourrait, avant d'introduire la curette

s'assurer de la direction du conduit utérin par un cathétérisme préalable, au moyen de l'hystéromètre ; mais, il nous semble que la curette peut servir d'hystéromètre. On l'enfonce immédiatement jusqu'au fond, on se rend ainsi compte de la profondeur de l'utérus.

Dès que l'on a senti que l'extrémité a touché le fond, on racle fortement l'utérus en amenant la curette vers soi. On plonge de nouveau la curette sans racler, on la ramène en raclant et ainsi de suite. On commence par nettoyer la face antérieure, puis la face postérieure, les deux bords droit et gauche. Il ne faut pas oublier les cornes utérines, au niveau desquelles peut être inséré le placenta. Comme on le voit dans l'observation n° VII.

M. Doléris remarque que quelques fois, la curette qui ne pénétrait tout d'abord que de huit à neuf centimètres, ne tarde pas à pénétrer de 10 à 12. L'accoucheur croit avoir perforé l'utérus ; il n'en n'est rien. Ce phénomène, pour cet auteur, s'explique par ce fait que l'écoulement sanguin augmente la distension des parois. Le curettage est terminé lorsque la paroi utérine crie sous l'instrument. On procède ensuite à l'écouvillonnage, l'écouvillon étant imbibé d'une solution antiseptique comme la glycérine créosotée : si l'on n'a pas d'écouvillon sous la main, on peut toucher la plaie avec de la gaze imbibée d'une solution antiseptique. C'est là le curettage dans la rétention placentaire. Il a été surtout préconisé par M. Doléris qui est partisan de l'intervention hâtive.

: C'est-à-dire dans le cas qui nous occupe, où il n'y a ni hémorrhagie, ni infection. M. Doléris, dans son livre sur la pratique gynécologique, donne pour justifier l'intervention hâtive les arguments suivants :

D'abord un placenta entier, ou une portion de placenta retenue dans l'utérus, quoiqu'il n'y ait ni hémorrhagie, ni infection est un corps étranger : la malade est sous la menace continue de ces deux complications. De plus, il y a toujours, même en dehors des fortes hémorrhagies, de légères hémorrhagies continues qui anémient la malade : les ligaments s'allongent, deviennent flasques, d'où menaces de prolapsus utérin et rétrodéviation pour l'avenir, subinvolution, fausses-métrites, polypes placentaires, déciduum, stérilité ; enfin, c'est la salpingite, les suppurations diffuses, s'il y a infection même atténuée. Ce sont là autant de raisons pour faire agir l'accoucheur.

Mais, en regard de ces avantages, mettons les reproches que l'on peut faire au curettage.

Tout d'abord, il est classique de dire qu'en curettant on peut perforer l'utérus ; cet accident n'est pas très rare, la littérature médicale en renferme de nombreux exemples dont quelques-uns furent très retentissants. Sans doute, on peut répondre que toutes les perforations, même non traitées par la laparatomie ne sont pas mortelles. Sans doute, on peut dire que la perforation est une faute opératoire relevant de la maladresse de l'opérateur. Et ajoute-t-on, le curettage n'est pas à la portée de tous les accoucheurs : c'est une opération de clinique ou d'hôpital. Nous n'insis-

terons pas. On a encore accusé le curettage de produire des hémorrhagies, mais nous pensons que l'on se rend facilement maître de ces hémorrhagies par le tamponnement. Chaleix, Vivie, Audebers ont aussi prouvé qu'on ne se rend pas toujours compte de l'endroit où est arrivé l'instrument et qu'on pénètre dans la cavité cervicale, alors qu'on croit être arrivé beaucoup plus profondément. M. Porak lui-même n'aime pas la curette parce que, dit-il, il n'est pas aisé de la manœuvrer sans le contrôle du doigt. On reproche en outre au curettage, en cas de lésions annexielles de provoquer l'ouverture de collections purulentes et la diffusion du pus : on s'abstiendra donc dans les cas où les lésions existent, de trop abaisser l'utérus. D'autre part, le curettage s'accompagne parfois d'une brusque élévation de température, ce qui indique, disent les adversaires de la méthode, qu'elle ouvre une porte aux agents infectieux. Il semble, pour éviter un pareil accident, qu'il suffise de prendre les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Enfin, il est un dernier reproche fait au curettage et ce n'est pas le moins important. M. le professeur Budin lui reproche d'être insuffisant. Déjà Tarnier avait parlé de son insuffisance. M. Budin s'exprime ainsi :

« Dans bien des cas, après avoir fait le curettage avec le plus grand soin, on a vu dès le lendemain, la femme expulser des débris de placenta et même des débris de fœtus ; le curettage n'est donc pas une opération qui donne toute sécurité ». En effet, on a

vu des curettes laisser dans l'utérus des débris placentaires, surtout lorsqu'il y a de fortes adhérences de cotylédon et de caduque ; elles semblent impuissantes à le détacher, lorsqu'ils se trouvent dans une corne utérine. D'autre part, ajoute M. Budin, la curette enlève des bandes, des copeaux de la muqueuse utérine : il reste souvent entre ces bandes, des parties qui ne sont pas détachées ». On l'a vue aussi couper les membres inférieurs d'un petit fœtus et abandonner le reste dans la cavité utérine.

Nous dirons aussi, que de nombreux accoucheurs, entre autres M. Bonnaire, ont fait construire des instruments pour aider la curette ; la pince de Bonnaire pourra rendre de grands services.

Nous venons de voir les inconvénients du curetage. Parmi ceux-ci nous noterons surtout l'insuffisance. Aussi beaucoup d'accoucheurs lui préfèrent le curage que nous allons étudier.

C'est M. le professeur Budin qui l'a mis en avant. Il recommande d'endormir la femme, pour que « les organes soient mous. » On prend alors toutes les précautions antiseptiques et on procède à la dilatation du col : on commence avec un doigt, ou bien l'on se sert des sondes d'Hégar : en général, les doigts suffisent. Une fois la dilatation obtenue, on introduit un doigt dans l'utérus et on va chercher toutes les parties du placenta. Quand on a complètement détaché le placenta, si on a pu introduire deux doigts dans l'utérus, on le laisse entre les deux doigts que l'on recourbe de façon à prendre le placenta comme

dans un crochet et l'on essaye de faire l'extraction de cette manière. Si on ne peut entraîner la masse, M. Budin conseille de la dilacérer, de la faire sortir par fractions : on appuie la main libre sur le fond de l'utérus pendant que les doigts de l'autre main qui ne sont pas introduits dans la cavité utérine appuient sur le cul-de-sac postérieur vaginal.

Fieux (*Bulletin médical*, février 1898) adopte le curage obstétrical, qui, pratiqué 14 fois ne lui a donné que des succès. Il insiste sur la possibilité de faire le curage sans dilatation préalable. Le curage est facile, dit-il, lorsque la grossesse est interrompue du 4^e au 6^e mois et que l'expulsion du produit est encore récente. L'utérus se laisse facilement dilater : les doigts y évoluent sans peine, mais dans le cas d'avortement de 2 à 5 mois, si l'accoucheur a temporisé pendant quelques jours, l'intervention est plus pénible, mais elle sera toujours praticable.

Mais on a fait au curage divers reproches : d'abord la nécessité d'anesthésier la malade. En effet, cette méthode est douloureuse, parcequ'elle exige l'introduction de la main tout entière dans le vagin ; or chez les primipares, ce premier temps est difficile. On a insisté aussi sur la difficulté que l'on rencontrait parfois à pénétrer dans l'utérus. M. Fieux pense que l'anneau de contraction en est cause, mais il suffit, pour vaincre celui-ci de chercher un point faible : le point de la cuirasse, vraie porte d'entrée de la cavité utérine. De plus, il est parfois difficile, avec le doigt, d'atteindre le fond de l'organe et même, si on arrive

au fond, comme le fait remarquer Audebers le doigt ne pénètre pas au fond des angles. Enfin, M. Gaulard (*Presse médicale*, 1898) rapporte une observation empruntée au mémoire de MM. Chaleix, Vivie et Audebers, dans laquelle l'opérateur, en retirant avec un doigt, par le curage digital, un placenta putréfié s'inocula le doigt et eut un phlegmon très grave.

En résumé curage digital et curettage ont des avantages et des inconvénients : nous pensons que les deux méthodes, loin de s'exclure se complètent mutuellement. Dans les cas faciles on pourra employer le curettage, dans les cas difficiles on pourra recourir, en même temps au curage. La main gauche et la curette introduites dans l'utérus pourront enlever les débris placentaires.

2° *Cas.* — Il y de la température. C'est-à-dire que la femme est infectée : elle a des hémorrhagies, les lochies sont très fétides ; c'est là un des premiers symptômes, La température monte à 38°, 38°5, 39°. Il y a des frissons. Le pouls s'élève parallèlement à la température. Tout montre que la femme est infectée : le facies se grippe. Faut-il curetter ?

Tous les auteurs pensent que, chez une femme qui vient de faire un avortement, si la température s'élève, atteint ou dépasse 38°, il faut intervenir sans attendre que les lochies soient fétides ; mais nous rentrons ici dans l'étude de l'infection puerpérale et pour préciser, les indications du curettage chez une femme infectée après avortement nous confondrions ce chapitre avec

celui de l'infection puerpérale après l'accouchement : en effet, les deux cas se ressemblent.

B. — *Accouchement prématuré ou à terme.*

Pour préciser les indications du curettage ici, comme après l'avortement, la même division s'impose : il y a ou il n'y a pas de température.

1° Il n'y a pas de température. Les indications sont absolument les mêmes dans ce cas qu'après l'avortement sans fièvre. Nous répéterons simplement que les indications du curettage sont :

1° Examen du placenta et des membranes montrant qu'ils sont incomplets ou complets ;

2° Hémorrhagie.

3° Palper bimanuel dénotant un gros utérus qui ne se rétracte pas.

2° Il y a de la température après un accouchement à terme ou prématuré.

C'est-à-dire ; il y a infection puerpérale.

On sait qu'au point de vue clinique, l'infection puerpérale peut être divisée en :

1° Infection localisée à l'appareil génital ;

2° Infection généralisée ou se traduisant à distance.

Nous dirons tout d'abord que l'infection généralisée se présente sous les trois formes cliniques de péritonite puerpérale généralisée, pyohémie puerpérale et enfin, septicémie puerpérale.

Le curettage n'a donc rien à faire dans ces formes. Que pourrait faire un raclage contre une péritonite, une pyohémie ou une septicémie ? Les bains froids, la thermothérapie seront employés contre cette forme généralisée. Enfin, on fait la laparotomie dans le cas de péritonite.

Mais, c'est dans le traitement de l'infection localisée que le curettage reprend une place prépondérante. On sait que l'infection localisée se présente sous forme d'endométrite puerpérale, de salpingite puerpérale, de périméthro-salpingite, de phlegmon du ligament large et enfin de cellulite pelvienne diffuse : c'est dans la première forme (Endométrite puerpérale) qu'il faut recourir au curettage. Mais, comment la diagnostiquer ? Cette complication est reconnue aux symptômes suivants : frissons, température, sensation de pesanteur au niveau de l'utérus, lochies fétides et jaunâtres et enfin, au palper : sensation d'un utérus douloureux particulièrement sur les parties latérales et au toucher les culs-de-sac sont souples, l'utérus est gros et douloureux, le vagin est chaud. Faut-il curetter ? Voici l'opinion des maîtres en obstétrique : Tarnier et Ribemont-Dessaignes sont temporisateurs, ils ne pratiquent le curettage que deux ou trois jours après le début des accidents, alors que les lavages sont reconnus impuissants. M. Pinard (*Semaine médicale*, 1895) dit, que chez toute nouvelle accouchée qui présente une ascension thermique, dans les cinq ou six premiers jours qui suivent l'accouchement, il faut soupçonner l'infection

puerpérale. S'il y a une température dépassant 38°5, on fait une injection intra-utérine, c'est le premier traitement à instituer. Si, six heures après, la température est encore supérieure à la normale, il faut faire une nouvelle irrigation intra-utérine. Si, après cette deuxième injection, on constate une ascension thermique et une accélération du pouls, il ne faut pas hésiter à pratiquer le curettage. MM. Pinard et Wallich (*Traitement de l'Infection puerpérale*, 1896) concluent :

Au point de vue des indications du curettage, que le moment de choix pour le pratiquer est la deuxième élévation de température, la première n'ayant pas cédé à l'injection intra-utérine. Le curettage donne lieu à si peu d'accidents, qu'il vaut mieux en faire un de plus que de regretter de ne pas l'avoir pratiqué. Comme contre-indication, nous n'en voyons qu'une seule, c'est la date récente de l'accouchement et nous conseillons de ne pas pratiquer le curettage avant la fin du troisième jour. » Ces auteurs montrent qu'après le curettage on peut observer trois ordres de faits.

Premier type. — Chute définitive de la température et du pouls.

Deuxième type. — Chute progressive et lente avec parallélisme de la température et du pouls.

Troisième type. — Ascension de la courbe thermique et accélération du pouls.

Mais plus récemment, M. le professeur Pinard, dans une leçon faite à la Clinique Baudelocque,

19 décembre 1902 émet l'opinion suivante que nous résumons :

« L'accélération du pouls, l'hyperthermie qui marchent parallèlement sont deux symptômes très importants : le pronostic est d'autant plus réservé que ces accidents se montrent à une époque plus rapprochée de l'accouchement. L'expérience a démontré que si le pouls et la température sont normaux, pendant les cinq premiers jours on peut dire qu'on a dédoublé « le cap des tempêtes ». Si au contraire, ces deux symptômes se montrent plus tôt et sont accompagnés d'un frisson, le pronostic devient très sérieux. M. Pinard n'est pas partisan du curettage précoce. Avant de curetter une muqueuse, on devra la désinfecter car le curettage ouvrirait la porte à une infection. En outre, le manque de résistance de la paroi utérine est une contre-indication. Enfin l'air peut pénétrer dans les veines pendant le curettage, il peut se produire une perforation. Aussi, pour cet auteur on devra suivre la marche suivante :

Dès la première élévation de température et du pouls, il faut pratiquer une injection intra-utérine : souvent les accidents s'amendent, s'ils persistent, il faut la recommencer. Si le frisson se produit, on a recours à l'irrigation continue et au curettage. Cette opération ne sera pratiquée que le soir du troisième jour ou même du quatrième après l'accouchement, quelle que soit l'intensité des symptômes. Auparavant, on désinfecte la muqueuse utérine par l'irrigation continue. Il faut renouveler au besoin le curettage avec

irrigation continue ; s'ils ne suffisent pas, ajoute M. le professeur Pinard, on devra recourir à l'injection de sérum antistreptococcique.

Nous croyons utile de rappeler l'opinion de M. Gheorghin (thèse de Paris 1900).

Cet auteur conclut très nettement dans sa thèse en disant :

« Avant d'instituer un traitement local dans la fièvre puerpérale, il faut d'abord explorer la cavité utérine. Suivant les données de cette exploration, faire des injections intra-utérines ou un curage digital suivi d'écouvillonnage. Il faut faire le curettage en cas d'échec des injections intra-utérines et du curage digital suivi d'écouvillonnage.

Il faut opérer un véritable curettage gynécologique avec la curette tranchante, la curette mousse étant avantageusement remplacée par les doigts de l'opérateur.

Il ne faut pratiquer l'hystérectomie qu'après l'échec des moyens précédents, dans le traitement de l'infection puerpérale.

Il ne faut pas oublier le traitement général qui devra consister en toniques et reconstituants plutôt qu'en médicaments trop actifs qui pourraient nuire aux malades.

CHAPITRE III

Indications du curettage en gynécologie.

Dans ce chapitre, nous indiquerons les indications du curettage, d'abord dans les affections de l'utérus, ensuite dans les affections des annexes :

A. — *Curettage dans les affections de l'utérus.* — Eliminons le curettage employé comme méthode d'exploration. Il a son importance cependant et nous ne saurions mieux faire que de citer l'observation classique rapportée par M. le professeur Pozzi. Cet auteur s'exprime ainsi :

« Mon regretté maître, Galard, m'envoya pour l'opérer une malade dont le col induré et irrégulier, les pertes roussâtres avaient fait penser au cancer. Moi-même, j'inclinai vers ce diagnostic, mais avec des réserves : la malade réclamant mon intervention, je pratiquai le curettage explorateur et je ramenai une petite tranche du col, le microscope révéla qu'il s'agissait d'une simple inflammation chronique ».

Plus récemment, Petit envisageait la question du

curettage explorateur au point de vue histologique (thèse de Paris, 1900). Qu'il nous suffise d'avoir mentionné ces travaux dont l'étude ne rentre pas dans notre sujet.

1° Nous allons aborder d'abord le curettage gynécologique comme traitement des affections inflammatoires de l'utérus, dans un second paragraphe, nous examinerons les indications du curettage au cours des affections néoplasiques : fibromes et cancer.

a. — Affections inflammatoires. — Les métrites aiguës sont-elles susceptibles d'être traitées par le curettage?

Nous répondrons non catégoriquement. Le repos aulit, les injections chaudes à 40° et à 50°, que déjà Sédillot préconisait donneront les meilleurs résultats.

Peut-être, si l'état aigu se prolonge, pourra-t-on recourir aux émissions sanguines locales faites avec le bistouri ordinaire ou des scarificateurs spéciaux. Quant à la métrite aiguë blennorrhagique qui s'accompagne ordinairement de vaginite, les deux lésions s'entretenant mutuellement, elle ne sera pas traitée par le curettage qui expose à une aggravation de l'infection.

Les métrites chroniques nous retiendront d'ailleurs.

La curette n'a pas toujours été admise dans le traitement de l'endométrite, ainsi que nous l'avons vu au chapitre historique.

Citons les opinions qui font loi.

En premier lieu, celle de M. le professeur Pozzi. Il est un partisan résolu de la curette mousse : mais, comme le fait remarquer cet auteur, le terme é moussé serait plus exact que celui de mousse. Il faut en effet, que les bords de la curette soient très minces, sans être tranchantes, comme la lame d'un couteau non affilé, car cette opération a pour but de gratter une paroi musculaire tapissée d'un revêtement déjà mou. Ce n'est pas comme pour le curage du cancer où il faut évider un tissu résistant. Les formes cliniques qui relèvent de ce mode de traitement sont : la forme douloureuse chronique qui est susceptible de présenter des répit s trompeurs et des exacerbations impossibles à prévoir.

C'est dans ces cas que l'utérus est volumineux, la malade éprouve une sensation de pesanteur, des douleurs de reins rendant la station debout très pénible. C'est le tableau clinique du syndrome utérin. Peut-être, peut-on retrouver dans le passé de la malade une fausse-couche ou un accouchement normal déjà éloigné.

La dysménorrhée membraneuse a pu être traitée avec succès par le curettage. Le phénomène principal est l'élimination douloureuse, au moment des règles, de la totalité ou d'une partie de la muqueuse utérine. Dans certains cas, ce ne sont que des lambeaux qui sont éliminés. Dans d'autres, on a un sac membra-

neux complet présentant une face interne plus ou moins régulière, criblée de petits trous et une face externe déchiquetée. Cette forme peut s'accompagner de métrorrhagie.

A côté de ces deux formes de métrites qui, d'ailleurs, sont les plus fréquentes, il en est d'autres qui peuvent être traitées par le curettage, dont le caractère inflammatoire est moins accusé.

C'est la forme catarrhale et la forme hémorrhagique. La première est caractérisée par la prédominance de deux symptômes : intensité de la leucorrhée, ulcération du col. Rappelons que les auteurs décrivent encore cette forme clinique sous le nom de catarrhe cervical. Mais comme le fait remarquer M. le professeur Pozzi, la muqueuse du corps est presque toujours atteinte en même temps que la muqueuse cervicale.

La forme hémorrhagique peut se présenter elle-même sous différents aspects. Ce peut-être la forme polypeuse où la muqueuse du corps est végétante et fongueuse. Dans d'autres cas, on a affaire à des polypes muqueux rosés ou violacés de consistance molle, du volume d'un pois ou d'une noix avec ou sans pédicule. La métrite hémorrhagique est la forme de prédilection des métrites compliquant les avortements ou l'accouchement normal surtout lorsque la fausse couche a passé inaperçue, survenant après le premier ou le deuxième mois. Cette forme n'est pas très douloureuse, et ce n'est que rarement, que l'on trouve la dyspepsie utérine, les nausées, la tympanite

chronique, la toux sèche, les troubles du système nerveux qui sont plutôt l'apanage de la forme douloureuse chronique.

Telles sont les formes cliniques principales des métrites chroniques. Toutes sont-elles également justiciables du curettage ?

M. le professeur Pozzi pense que l'on doit y recourir dans les cas de métrite catarrhale et de métrite hémorrhagique. On doit reconnaître en effet, que dans cette dernière forme, les autres méthodes de traitement préconisées telles que les injections intra-utérines, le tamponnement vaginal n'ont guère donné de résultats.

Notons cependant que dans des cas rares, la métrorrhagie persistante a pu entraîner la mort de la malade. Dans ces cas les gynécologues ont pratiqué l'hystérectomie vaginale.

Dans la métrite douloureuse chronique le curettage a été tour à tour préconisé et combattu. M. Pozzi pense qu'on peut l'utiliser, mais, dans les cas où le col reste dur, gros, turgescant, quand le corps sera volumineux, douloureux, on devra pratiquer l'amputation du museau de tanche. C'est à la suite de cette intervention que l'on observe une énorme diminution de volume du corps utérin, une décongestion des organes pelviens. Mais, n'oublions pas, suivant la phrase même de M. Pozzi que c'est *l'ultima ratio* dans le cas de métrite chronique.

M. Doléris préconise le curettage comme traitement de l'endométrite et pour justifier l'intervention, pour

défendre le curettage, il pose les conclusions suivantes :

« Sans doute, le curettage ouvre les voies d'absorption aux agents septiques, mais les règles font la même chose, sans préjudice très notable. En fait, après le curettage, il n'y a pas d'accidents ; jamais la température ne dépasse 37°5. Le curettage a ce grand avantage sur les traitements médicaux, c'est qu'il a prise sur les états chroniques invétérés. Dans l'endométrite du corps de l'utérus, il agit sur l'hypertrophie végétante de l'utérus, sur les polypes vasculo-glandulaires et sur certaines variétés de fausses-membranes dyménorrhéiques. Sans doute, les formes légères récentes guériront souvent avec l'aide du traitement général et des petits moyens y compris la balnéation thermale, mais, reconnaissons qu'on court toujours le risque de voir les efforts échouer et la maladie s'éterniser en s'aggravant.

La curette et l'écouvillon se complètent ; mais la curette agit plus profondément mais moins également, elle ne pénètre pas dans tous les angles et tous les interstices. L'écouvillon racle également la cavité utérine, quand il est bien fait et bien choisi. S'il est dur, il détruira très bien les muqueuses bourgeonnantes.

Il complétera merveilleusement l'action de la curette. Il ramonera la surface utérine, la débarrassera des débris laissés adhérents par la curette. On pourrait donc dire qu'à la rigueur, l'écouvillonnage peut servir pour tous les cas d'endométrite. Mais, en pratique, il faut soutenir l'usage de la curette pour les

formes bourgeonnantes invétérées et rebelles. On écouvillonnera ensuite suivant la méthode classique ».

Dans une thèse assez récente (Paris 1897), M. Bonnetblanc concluait :

« En somme le curettage de l'utérus donne bien ce qu'on était en droit d'en attendre, ce que le simple bon sens permettait de déduire à *priori* des lésions anatomo-pathologiques de l'endométrite. S'il fait merveille contre les lésions qui ne dépassent pas la surface du muscle et qui ne sont pas de nature néoplasique, il ne semble pas avoir d'effet vraiment utile dans l'endométrite blennorrhagique aiguë, probablement du fait de l'infection utérine, de l'introduction de germes dans les lymphatiques, sans compter les dangers de propagation. Dans l'infection puerpérale bornée encore à l'utérus, il offre les plus grandes chances de succès quand il est employé sans retard. Il n'est pas cependant à l'abri, même dans ces conditions favorables, de quelques revers qui résultent des différents microbes réunis pour produire l'infection générale.

Dans l'endométrite chronique, le curettage pratiqué avec la curette ordinaire ne peut que raser l'arbre et faciliter aux topiques l'accès des innombrables glandes intra-vasculaires. Si l'on veut agir radicalement, il faut employer une curette spéciale assez tranchante pour enlever de véritables copeaux de la musculo-muqueuse ; il faut pratiquer l'évidement à la curette. Dans l'inflammation circumutérine, son

action indirecte semble se mesurer à l'intensité des lésions qu'il attaque directement, il ne faut pas le conseiller dans la périmérite blennorrhagique aiguë. Dans l'hyperplasie simple qui accompagne le fibrome, dans l'hyperplasie extensive du cancer, le curettage n'a qu'un effet palliatif peu durable. »

Mais le curettage, dans certains cas sera complété par une application de substances médicamenteuses.

C'est ainsi que M. le professeur Pozzi pense qu'il est bon, dans le cas de métrite catarrhale récente de faire des injections de teinture d'iode. L'injection se fera tous les deux jours et ainsi de 4 à 8 injections pour un traitement complet. S'il y a un suintement sanguin, M. Pozzi fait suivre le curettage d'application de perchlorure de fer et déclare s'en être toujours bien trouvé.

William Polk (*Clinic gynécologie, Philadelphia, 95*) recommande de faire une large irrigation de la cavité utérine avant le curettage.

L'opération terminée on fera un tamponnement intra-utérin qui sera enlevé le sixième jour.

Rheinstoetter, *Praktische, Grundzüge der Gynækologie* II Auflage Berlin 1892, emploie le curettage suivi d'attouchements au chlorure de zinc.

Landowski déclare avoir toujours employé avec succès la galvano-caustique intra-utérine ;

Le manuel opératoire du curettage gynécologique est le même que celui du curettage obstétrical. Disons cependant que la dilatation du col sera plus difficile, on devra faire une dilatation extemporanée.

Pour certains auteurs, on doit opérer dans la période prémenstruelle, c'est-à-dire 6 ou 7 jours avant les règles. Pour M. le professeur Pozzi on doit, de préférence, choisir pour faire l'opération, les premiers jours qui suivent la menstruation.

Les complications à redouter sont les mêmes que celles du curettage obstétrical.

2° *Affections néoplasiques.* — Les fibromes ont pu être traités par le curettage, mais il y a, à ce sujet, deux groupes d'opinions bien nettement tranchées. Pour M. le professeur Pozzi ce n'est qu'une petite opération hémostatique dirigée contre l'hémorrhagie. Si ce moyen a été employé c'est vraisemblablement, dit-il, par suite d'une erreur de diagnostic : on croyait être en présence d'une métrite hémorrhagique. Cependant, la muqueuse, dans les cas de fibrome, est toujours plus ou moins altérée. Il existe une hyperplasie interstitielle ou glandulaire, ou même, ce que Olshausen appelle l'endométrite fongueuse. Ces lésions peuvent donc rendre compte des hémorrhagies du corps fibreux. Le curettage est donc rationnel sinon très utile. D'autres gynécologues, M. Doléris entre autres, pensent que le curettage est un moyen palliatif de premier ordre. C'est même dans l'ablation de la muqueuse, dit-il, que consiste le traitement le plus sûr.

Ce traitement sera rigoureusement fait, la muqueuse enlevée dans sa totalité d'après Batuaud (Thèse de Paris, 1892). Les cornes utérines seront soigneusement explorées.

Inconvénients du curettage. — Le curettage, il faut l'avouer cependant, de l'avis même de ses défenseurs ne doit pas être considéré comme infaillible, bien qu'il soit le meilleur des moyens employés. Il ya deux remarques à faire à son sujet, le curettage peut échouer et l'hémorrhagie reparaître au bout de quelques semaines ou de quelques jours ; le curettage sera répété plusieurs fois, pour donner le maximum de ses bons effets. On peut se demander en effet si la muqueuse nouvelle rénovée après l'opération sera encore une muqueuse saignante.

Toutefois, on a pu noter des intervalles de répit et de bonne santé générale qui pourront permettre à la constitution de se relever.

Le cancer de l'utérus, surtout le cancer du col peut être traité par le curettage. Nous empruntons à une thèse récente (Lemasson, Paris 1902) quelques faits où le curettage du cancer aurait pu donner des améliorations. De cette thèse découle les renseignements suivants. Le curettage peut être joint à la cautérisation comme traitement palliatif, surtout lorsqu'il existe des masses bourgeonnantes et on peut voir les hémorrhagies facilement arrêtées par le curettage du cancer. Cette opération palliative a donc pour but de détruire les fongosités qui se désagrègent en produisant les symptômes habituels : pertes fétides, écoulements sanguins.

M. le professeur Pozzi fait remarquer que « l'instrument de choix est la curette ou, plus exactement, la cuiller tranchante de Sinus qui attaque très facilement

les masses cancéreuses. On évide rapidement les fongus volumineux, puis on poursuit les végétations dans les anfractuosités avec des curettes plus petites. Il faut toutefois manœuvrer avec la plus grande prudence, surtout en avant près de la vessie. Si l'on pénètre dans la cavité utérine envahie, on aura soin de n'attaquer les surfaces qu'obliquement. »

Martin et Robeiran n'ont pas hésité à pratiquer la suture au niveau des surfaces avivées. M. Pozzi considère la méthode comme dangereuse et il préfère recourir à la cautérisation associée au curettage.

Brault (Thèse de Paris, 1894) aurait vu quatre épithéliomas améliorés par le curettage. Mme Kautzel (Thèse de Bordeaux 1900) envisage, elle aussi, ce mode de traitement et dans tous les cas, dit avoir eu une amélioration manifeste.

Enfin, il est un groupe d'affections mal déterminées où le curettage a pu donner de bons résultats. Au cours de l'aménorrhée, chez de jeunes femmes menacées ou atteintes d'obésité, on a plusieurs fois amené le retour des règles en excitant la muqueuse utérine à l'aide du curettage suivi d'injections iodées.

B. — *Curettage dans les affections des annexes.* — Ce sont peut-être les cas où l'on constate les hémorragies réflexes qui prêtent le mieux à ce mode de traitement.

Il y a, en effet, altération de la muqueuse utérine, apparition de troubles, dont le plus caractéristique est l'hémorrhagie.

Walton (*Contribution à l'étude de la pelvi-péri-*

tonite traitée par le curettage de l'utérus. Académie royale de médecine de Belgique 1887), Doléris ont pensé qu'il fallait provoquer l'expulsion du liquide contenu dans la poche tubaire en débouchant, pour ainsi dire, l'orifice utérin par le curettage et la dilatation de l'utérus surtout lorsque les hémorrhagies deviennent plus abondantes : on arriverait ainsi dans les cas légers à la guérison, le curettage pouvant être suivi de l'ablation plastique du col. Mais, à *friori*, il semble que cette méthode ne puisse donner de bons résultats. L'anatomie pathologique ne montre-t-elle pas que la trompe présente un gonflement et une infiltration des parois telles que le calibre s'oblitére ou cesse d'être perméable du côté de l'utérus ? Le drainage est donc impossible. Il semble du reste que le curettage ait une influence fâcheuse et comme le montrent trois observations que nous exposerons plus loin, il a été suivi d'aggravation des symptômes qui a nécessité l'ablation des annexes.

En terminant, rappelons que Jahreiss d'Augsbourg (*Annales de gynécologie*, 1898) a eu l'occasion de voir, en pratiquant des curettages pour annexites, des hémorrhagies très abondantes qu'il fallut arrêter par un tamponnement cervical et vaginal très serré et par de la glace sur le ventre. L'hémorrhagie, pour Jahreiss provenait de la région tubaire atteinte par la curette, lors de son passage à ce niveau.

OBSERVATIONS A L'APPUI DE NOTRE THÈSE

1° Observations obstétricales :

OBSERVATION I

Communiquée par M. RIVET, interne du service.

La nommée B..., âgée de 34 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Saint-Louis le 31 mai 1903, salle Denonvilliers, lit n° 17.

Antécédents génitaux. — Elle a été réglée à 11 ans, mais d'une façon très irrégulière jusqu'à 16 ans. Depuis ses règles sont régulières et n'occasionnent pas de douleur. Elle a des pertes blanches depuis 16 ans. Jamais elle n'a éprouvé de douleur en urinant. Elle s'est mariée à 21 ans. De son mariage, elle a eu 8 enfants, venus à terme, les accouchements ont été normaux. Elle a encore 5 enfants vivants, 3 sont morts de diarrhée infantile.

Elle n'a pas fait de fausse couche. Son dernier accouchement date de 20 mois.

Maladie actuelle. — Ses dernières règles datent du 15 mars. Dans les derniers temps, ses seins ont augmenté de volume, ils étaient un peu douloureux. Elle avait des nausées.

A la suite d'une frayeur vive, le vendredi 29 mai, brusque-

ment elle ressent une douleur dans le ventre et dans les reins, elle a des pertes de sang et de caillots qui continuent le samedi et le dimanche. Elle entre à l'hôpital le 31 mai. Le 1^{er} juin, le facies est pâle, les yeux cernés, les hémorrhagies continuent, la température atteint 19°.

Le 2 juin, M. Rivet pratique le curettage. La température tombe à 36°8.

Les jours suivants, l'état général est très satisfaisant, les hémorrhagies sont arrêtées.

OBSERVATION II

Recueillie dans le même service.

La nommée H..., entre à l'hôpital le 6 juin 1903, salle Denonvilliers, lit n° 6.

Antécédents génitaux. — Réglée à 12 ans, toujours régulièrement, a des pertes blanches depuis 2 ans.

Elle a eu 2 enfants venus à terme, les accouchements ont été normaux.

Maladie actuelle. — Depuis 2 mois elle n'est plus réglée, ses seins ont augmenté de volume et on aperçoit les tubercules de Montgomery ; elle a des vomissements, au toucher, on sent le col ramolli. Sans cause appréciable, le 8 juin au soir, elle ressent une vive douleur dans le ventre et dans les reins, la température s'élève à 38°, elle a des hémorrhagies abondantes, le 9 elle entre à l'hôpital, son facies est pâle, la température s'élève à 39°.

On pratique le curettage et 15 jours après elle sort de l'hôpital guérie.

OBSERVATION III

Recueillie dans le même service.

La nommée G... âgée de 26 ans, teinturière, entre à l'hôpital le 11 octobre 1903.

Antécédents génitaux. — Réglée à 13 ans, les règles d'abord irrégulières se sont régularisées. Au commencement de septembre elle accouche à terme, mais il y a rétention placentaire.

Maladie actuelle. — Elle entre à l'hôpital le 11 octobre parce qu'elle a des hémorrhagies abondantes. Son facies est pâle.

On pratique le curetage, et peu de temps après la malade sort guérie.

OBSERVATION IV

La nommée T..., âgée de 32 ans, couturière, entre à l'hôpital le 13 octobre 1903.

Antécédents génitaux. — Réglée à 11 ans, toujours régulièrement, elle a deux enfants du même père, tous les deux sont vivants.

Maladie actuelle. — Elle n'est plus réglée depuis 2 mois 1/2, ses seins ont augmenté de volume, elle a eu des nausées, des lipothymies. Le 12 octobre elle est prise tout à coup de violentes douleurs dans le ventre et dans les reins, elle a des hémorrhagies abondantes, des caillots.

La température s'élève à 38°5, elle entre à l'hôpital où l'on porte le diagnostic de fausse-couche avec fibrome. On pratique le curettage et le soir même la température s'abaisse et les hémorragies cessent, 15 jours plus tard, elle sort de l'hôpital guérie mais dans la suite, on devra opérer son fibrome.

OBSERVATION V

La nommée M..., 44 ans, couturière, entre à l'hôpital le 22 octobre 1902.

Antécédents génitaux. — Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, elle a 2 enfants vivants, a eu une fausse-couche il y a deux ans.

Maladie actuelle. — A présenté quelques signes de grossesse, suppression des règles, sensibilité des seins, vomissements. Le 27 octobre au matin, elle ressent une vive douleur dans le ventre et dans les reins, puis sont apparues des hémorrhagies abondantes. Elle entre, à l'hôpital, le soir, le facies très anémié.

Le lendemain on pratique le curettage, on enlève des débris muqueux très abondants et adhérents.

Devant l'abondance de l'hémorrhagie, on est obligé de s'arrêter et de tamponner l'utérus.

Dans la suite on reprend le curettage. Il n'y a pas d'élévation de température, pas d'hémorrhagie, arrêt des pertes, mais la malade est très anémiée. Elle se remet progressivement, et sort de l'hôpital un mois après.

Revue en 1903, elle présente les symptômes d'un cancer du corps de l'utérus et, fait particulier, sa santé s'est améliorée, les pertes sont moins abondantes que précédemment.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. AUTEFAGE, actuellement interne des hôpitaux, alors externe dans le service de M. Bar.

Amélie B..., couturière, âgée de 28 ans. Elle ne se rappelle pas de l'époque exacte à laquelle elle a marché.

Réglée à 15 ans d'une façon très régulière.

Sa première grossesse a eu lieu à 22 ans, elle a été normale et s'est faite à terme. L'accouchement a été fait au forceps à l'hôpital de Limoges.

Les suites de couches ont été normales.

2^e Grossesse. Actuelle, grossesse normale.

Pas d'albuminurie dans les urines. L'accouchement a lieu, sans incidents, le 9 septembre 1901.

Le lendemain de l'accouchement la température atteint 38°. Le surlendemain 39°. Lochies fétides. On pratique le curettage. Puis l'écouvillonnage. On introduit une mèche de gaze iodoformée dans l'utérus.

Le soir la température s'élève à 39°5.

Le lendemain, 12 septembre la température tombe à 37°.

Les jours suivants la température reste normale.

La malade sort de l'hôpital douze jours après, complètement guérie.

OBSERVATION VII

Communiquée par M. AUTEFAGE. Service de M. Bar.

Delphine P..., lingère, âgée de 31 ans.

Elle a marché assez tard. Réglée à 17 ans.

Elle a sa première grossesse à 19 ans. Elle est normale.

Accouchement à terme : application de forceps.

Ses suites de couche sont normales.

Elle a sa 2^e grossesse à 25 ans. L'accouchement se fait à terme et normalement, mais la malade a des pertes pendant quelques jours.

Il ne semble pas qu'il y ait eu élévation de température.

Elle a sa 3^e grossesse à l'âge de 29 ans.

L'accouchement est normal. Les suites de couches sont normales.

La 4^e grossesse actuelle s'est faite normalement :

La malade entre à la Maternité pour des douleurs : elle raconte qu'elle a perdu les eaux le matin à 10 heures.

A l'examen on trouve que le col est dilaté et ramolli. La malade présente une angine érythémateuse. La température est de 38°5.

On l'envoie à l'isolement et à minuit on l'accouche d'un enfant vivant.

Le 21 août au matin, la température atteint 39°. L'angine persiste, sans fausses membranes. Les lochies sont fétides. Le soir la température atteint 40°. Le 22 août. Lochies fétides. On pratique le curettage; le soir le thermomètre marque 39°5. Le 23 août la température est à 37°2. Le poulx donne 86 pulsations.

L'angine a cessé. La malade est sortie 11 jours après, entièrement guérie.

OBSERVATION VIII

Communiquée par M. AUTEFAGE, Service de M. MONNOT à
Saint-Antoine.

Jeanne D..., 23 ans, blanchisseuse.

C'est une primipare. Elle a été réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Elle n'a pas eu de fausses-couches. La grossesse a été normale, à terme.

L'accouchement fut laborieux ; un médecin de la ville dut faire une application de forceps.

Le lendemain, la malade eut un frisson, quelques nausées. On la fait transporter dans le service de M. Monnod à Saint-Antoine.

La malade entre à l'hôpital le 28 août 1903 deux jours après l'accouchement, à son entrée le faciès est un peu grippé. Le pouls est à 100. La température atteint 38°5. Les lochies sont fétides. Les culs-de-sac ne sont ni douloureux, ni tuméfiés. L'utérus est gros. Le col entr'ouvert.

Le curettage est pratiqué immédiatement par M. Autefage. On pratique l'écouvillonnage. On fait des injections intra-utérines d'eau oxygénée au 1/3. Le soir la température atteint près de 40°.

Le lendemain, la température est à 37°.

Les jours suivants on fait des injections chaudes d'eau oxygénée au 1/3.

La malade sort seize jours après : les pertes ont cessé, l'état général est satisfaisant.

OBSERVATION IX

Communiquée par M. AUTEFAGE interne à Saint-Antoine ;
service de M. MONNOT

Esther M..., modiste, 19 ans. C'est une primipare. Elle a été réglée à 13 ans et toujours régulièrement. Sa grossesse a été normale.

Elle fut accouchée en ville par une sage-femme le 20 septembre 1903.

Le lendemain de l'accouchement, elle présente des malaises, elle a de la céphalée, une céphalée intense, persistante, elle a des vomissements. La malade est transportée salle Cruveilhier, quatre jours après son accouchement. Il y a donc cinq jours qu'elle est accouchée lorsqu'elle est examinée.

Le facies est pâle, les yeux sont cernés, la langue est sèche, le pouls est aux environs de 120. Le ventre est légèrement ballonné.

La température rectale atteint 38°9.

Le curettage est pratiqué immédiatement.

On fait des injections intra-utérines avec de l'eau oxygénée au 1/3.

Le soir, la température atteint 39°. Le lendemain, la température redevient normale. La malade sort guérie le 5 octobre, un mois après son entrée à l'hôpital.

2^e Observations gynécologiques.

OBSERVATION X

Service de M. NÉLATON.

Jeanne S..., 24 ans, repasseuse, réglée à 12 ans, pas très régulièrement.

Elle entre à l'hôpital parce qu'elle est « toujours dans le sang » parce qu'elle a des coliques utérines. De plus elle a parfois un écoulement muco-purulent. L'utérus est en rétroversion. On pratique le curettage le 20 avril et l'opération d'Alexander, raccourcissement des ligaments ronds, et le 2 juin la malade sort de l'hôpital complètement rétablie.

OBSERVATION XI

Même service.

Louise V..., âgée de 29 ans, modiste, réglée à 13 ans, d'abord régulièrement ensuite irrégulièrement. Elle a eu plusieurs couches normales. Elle entre à l'hôpital pour douleurs dans le ventre, leucorrhée glaireuse pertes sanguines, l'utérus est en rétroversion. Le 29 juillet on pratique le curettage, puis l'hystéropexie, le 20 août elle sort de l'hôpital complètement rétablie.

OBSERVATION XII

Même service.

Hélène G..., âgée de 27 ans, couturière, réglée à 15 ans, pas très régulièrement,

Elle entre à l'hôpital pour leucorrhée, glaireuse, le col de l'utérus est volumineux. Le 10 mars on pratique le curettage et l'opération de Schröder (excision de la muqueuse des lèvres du col).

La malade sort guérie, le 26 mars. Elle a été revue depuis : le col reste gros, mais les pertes blanches ont disparu.

OBSERVATION XIII

Service de M. NÉLATON.

Jeanne R..., modiste, 25 ans, réglée à 11 ans, pas très régulièrement. Entre à l'hôpital pour pertes abondantes, elle est constamment dans le sang. On dilate le col et on pratique le curettage. Immédiatement après l'opération, les pertes cessent. Entrée le 10 août, elle sort le 30 du même mois, guérie.

OBSERVATION XIV

Même service.

Marie M..., 39 ans, lingère. Réglée à 15 ans, toujours régulièrement sauf dans les dernières années. Elle vient pour pertes abondantes hémorrhagiques, et présente certains signes de compression du côté de la vessie. On avait cru à un fibrome sous-muqueux, mais, après la dilatation on n'en voit pas trace. On pratique le curettage le 22 mai. Les pertes s'arrêtent et la malade sort le 2 juin guérie.

OBSERVATION XV

Même service.

Marie S..., 26 ans, bonne. Réglée à 10 ans, jamais bien régulièrement.

Elle entre à l'hôpital pour pertes sanguines abondantes. Elle n'a pas de température. Le deux juin, on pratique le curettage et elle sort de l'hôpital, le dix-sept du même mois, entièrement rétablie.

OBSERVATION XVI

Même service.

Jeanne D..., âgée de 29 ans, couturière, réglée à 13 ans; entre à l'hôpital, atteinte de métrite et de salpingite. On pratique le curettage le 11 janvier 1902 elle sort le 2 février. Mais après une amélioration passagère, les lésions ont continué à évoluer et on a dû pratiquer l'ablation des annexes.

OBSERVATION XVII

Même service.

Marcelle P..., âgée de 27 ans, réglée à 11 ans, assez régulièrement, entre à l'hôpital pour métrite chronique, elle a une abondante leucorrhée, des sensations de pesanteur et de tiraillement dans le bassin et les lombes, la santé générale est altérée, elle a des troubles digestifs, troubles nerveux, elle a maigri elle présente l'altération des traits.

On pratique le curettage suivi de l'opération de Schrøder.

Opérée le 5 août 1902, elle sort le 28 août complètement guérie.

OBSERVATION XVIII

Même service.

Marie Louise D., âgée de 21 ans, réglée à 13 ans pas très régulièrement, entre à l'hôpital pour métrite hémorrhagique.

Elle a des pertes abondantes. On pratique le curettage suivi de l'opération de Schröder et 20 jours après elle sort guérie.

OBSERVATION XIX

Même service.

Armandine L..., âgée de 43 ans, réglée à quinze ans, toujours bien réglée, sauf dans ces derniers temps.

Elle entre à l'hôpital pour hémorrhagies abondantes, douleurs dans le bas-ventre. Parfois un écoulement séreux se fait par le vagin. Par le toucher on se rend compte d'une ulcération reposant sur un bord induré. On fait le diagnostic de néoplasme de l'utérus ; on pratique le curettage suivi de cautérisation.

Résultat : arrêt des pertes pendant deux mois 1/2.

OBSERVATION XX

Même service.

Irma D..., âgée de 52 ans, lingère, réglée à 12 ans, toujours régulièrement sauf dans ces derniers temps. Elle entre à l'hôpi-

tal pour hémorrhagies, douleurs, pertes roussâtres, fétides. A l'examen on trouve au niveau du col de l'utérus une ulcération reposant sur une base indurée, on fait le diagnostic de cancer du col. On pratique le grattage et le curettage suivis de cautérisations.

Les hémorrhagies s'arrêtent. Mais, il faut avouer que les lésions cancéreuses ont continué à évoluer.

OBSERVATION XXI

Même service.

Claire T..., âgée de 49 ans, couturière, réglée à 13 ans, toujours assez bien.

Elle a des pertes abondantes depuis plusieurs années. L'état général est bon. Au toucher on trouve l'utérus mobile, le col est ulcéré et le vagin envahi par les fongosités.

On pratique le curettage et les pertes s'arrêtent pendant un mois, un second curettage est pratiqué et les pertes s'arrêtent pendant trois mois.

OBSERVATION XXII

Même service.

Félicie S..., âgée de 50 ans, blanchisseuse, réglée à 15 ans, toujours bien, sauf dans ces derniers temps. Elle vient à l'hôpital pour douleurs et hémorrhagies abondantes, leucorrhée fétide. Par le toucher on sent dans le vagin, une tumeur lisse, ovoïde, à

grosse extrémité dirigée en bas, serrée par le col. On fait le diagnostic de polype de l'utérus. On fait l'ablation par le vagin, on est obligé de faire le morcellement du polype. Ensuite on fait le curage de l'utérus, on introduit des mèches iodoformées. Les hémorrhagies s'arrêtent et ne reparaissent plus.

Observations sur le curettage en cas d'annexite.

OBSERVATION XXIII

Service de M. CHAMPIONNIÈRE.

Amélie M..., âgée de 29 ans. Elle a fait deux fausses-couches, il y a sept ans et cinq ans.

Depuis, elle a souvent, des douleurs abdominales sans localisation bien nettes, mais cependant à la palpation, on réveille une sensibilité plus grande dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque droite. Les règles sont irrégulières, fréquemment il existe un suintement continu où au contraire les périodes sont bi-mensuelles, d'une durée moyenne de 4 jours.

Jamais il n'y a eu de crises aiguës. Il semble cependant qu'il se soit produit une infection gonococcique car, la malade a eu des pertes verdâtres, jaunâtres, elle a ressenti des douleurs en urinant.

En ce moment les pertes blanches sont relativement peu abondantes. On constate au toucher, un col dur, irrégulier : les annexes douloureux sont légèrement augmentés de volume.

On lui ordonne des injections chaudes, des bains.

Cela se passait en mars 1901.

En avril 1901, la malade revient à la consultation, les douleurs sont plus vives, lancinantes, parfois, les pertes blanches plus abondantes on pratique le curetage.

En octobre 1901, la malade revient à l'hôpital : les trompes font saillie dans les culs-de-sac. La malade a le facies anémié elle fait des oscillations thermiques variant de 38 à 39 et même 40°.

On lui fait des applications de glace sur le ventre.

Les phénomènes s'apaisent, on intervient.

Il semble qu'ici le curetage ait eu une influence incontestable sur la marche des lésions.

OBSERVATION XXIV

Même service.

Lucie B., femme de chambre, âgée de 32 ans entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe le 8 juin 1902. Cette malade a été déjà soignée dans le service de M. Championnière pour métrite, il y a trois ans, et a subi un curetage en octobre 1901.

Antécédents. — Elle a eu 2 accouchements normaux, le dernier, il y a quatre ans. Elle n'a jamais fait de fausse-couche. Elle a des pertes blanches toujours abondantes. Ses règles sont douloureuses et nécessitent parfois le repos au lit. Elle ressent des douleurs fréquentes dans la fosse iliaque gauche, parfois dans la région homologue droite, les douleurs irradient vers les lombes.

En 1899, la malade est soignée pour métrite : tampons boratés.

Il y a une amélioration passagère. Dans la suite, les mêmes symptômes se produisent. En 1901 pertes blanches très abondantes, la malade est quelque fois obligée de se « garnir » comme au moment d'une période menstruelle. M. Championnière fait pratiquer le curettage. L'examen des annexes avant cette opération révélait des lésions annexielles bilatérales. L'utérus était volumineux. Les culs-de-sac très douloureux. Les suites du curettage furent : Pas de température, diminution légère des pertes blanches.

En juin 1902, la malade se représente à l'hôpital. On trouve un pyosalpinx droit et gauche.

Il a des poussées fébriles la marche est très pénible. Une intervention est décidée.

On voit que dans ce cas, le curettage semble avoir eu une conséquence plutôt fâcheuse, c'est-à-dire qu'elle aurait produit un développement plus rapide de la salpingite qui était peu marquée, l'apparition de crises douloureuses et fébriles.

CONCLUSIONS

I. — En obstétrique, nous pensons que le curettage est formellement indiqué chaque fois qu'il y a rétention placentaire, même dans un utérus non infecté, à plus forte raison, lorsque l'utérus sera infecté.

Il sera associé au curage digital.

Les deux méthodes, loin de s'exclure se complètent.

II. — En gynécologie, le curettage a de nos jours des indications très restreintes.

Il sera pratiqué :

Dans les affections de l'utérus : métrite hémorrhagique, métrite catarrhale, métrite chronique douloureuse ; mais dans cette dernière forme, on devra recourir souvent à l'amputation du col.

Dans le cancer du col, on pourra recourir au curettage comme traitement palliatif.

Enfin le curettage sera proscrit dans les fibromes et dans la plupart des annexites.

Vu : le Président de la thèse

POZZI

Vu : le Doyen

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L'Inspecteur de l'Académie

BOMPART

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERS. — Annexites et curettage. (Journal médical de Bordeaux, 10 janvier, 1877.
- BAGY. — Archives générales de médecine. 1891. Du curettage utérin dans les lésions des annexes.
- BERLIN. — Du curettage de l'utérus. Paris, 1892.
- BOUILLY. — Traitement de l'endométrite par le curettage. Société de chirurgie, 1850.
- BOUREAU. — Thèse de Paris, 1888.
- BUDIN. — Femmes en couches et nouveau-nés.
- BONNETBLANC. — Indications du curettage, 96-97.
- BLAIN. — 99-1900. Drainage prol. consécutif à la dilation et au curettage. Traitement de certaines affections utérines et péri-utérines.
- BOUKÆMESKY. — Curettage utérin.
- CAMESCUS. — Thèse de Paris, 1892-1893.
- CAUTRIS. — Curettage dans les annexites.
- DESMOULINS. — Thèse de Paris, 1897.
- DÉFRÈS. — Curettage et curage de l'utérus (Gazette des hôpitaux, 1890).
- DOLÉRIS. — Curettage dans les annexites.
- FRÉDÉRAQ. — Société médicale de Gand, 1891.
- GRYNFELD. — Montpellier médical. 1892.
- GOMLARD. — Avortement incomplet. Presse médicale, 98.

- JAYLE. — Curettage et Infection. Presse médicale, 1896.
- MIGNEL. — 1901-1902. Perforations graves au cours de curettage.
- MARTIN. — Perforation de l'utérus dans le curettage.
- PICHEVIN. — Gazette des hôpitaux, 1890.
- PILLIER. — Curettage utérin. Pres. Méd. 1897.
- POULLET. — Curettage dans les annexites.
- RIOU. — 1901-1902. Infection puerpérale, divers traitements, curage suivi d'écouvillonnage.
- PETIT. — 1900-1901. Curettage. Diagnostic histologique.
- WALLON. — Des applications de la curette en gynécologie.
- WILLARD. — Des accidents du curettage, 98-99.

